

تعليمات ملء نموذج رقم RB-89

إلى مُقدم الطلب: يُقدّم طلب المراجعة إلى مجلس تعويض العمال ("المجلس") في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ إيداع قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال. يُعد الطلب مقدمًا إلى المجلس في تاريخ الاستلام الفعلي لهذا الطلب من قبل المجلس. وفقًا للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(3) وقرار رئيس المجلس، لا يجوز تقديم الطلب إلا إلى المجلس على عنوان البريد المركزي للمجلس. (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205)، رقم الفاكس المركزي للمطالبات (1-877-533-0337)، أو عنوان البريد الإلكتروني المركزي للمطالبات (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)، أو عبر رابط رفع المستندات على موقع ويب المجلس (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). يجب أن تقدم الطلبات في مطالبات التمييز ضد تعويض العمال إلى المجلس عن طريق إرسال الطلب بالبريد إلى وحدة التمييز التابعة لمجلس تعويض العمال Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. تُقدّم الطلبات في المطالبات المقدمة لطلب إعانات الإعاقة (المطالبات المتعلقة بالأجور الفائتة بسبب الإصابات أو الأمراض غير المتعلقة بالعمل) إلى المجلس عن طريق إرسال الطلب بالبريد إلى (مكتب إعانات الإعاقة) Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. تُرسل نسخة من هذا الطلب إلى جميع الأطراف المعنية الواجب إبلاغهم وفقًا للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2)(رابعًا). تكون الطلبات، ما لم يتم تقديمها من مطالب غير ممثل، بالصيغة التي يحددها الرئيس، وتُملأ جميع أقسام الطلب بحيث تتوافق مع أي مذكرة قانونية مرفقة مع الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1)(أولاً). قد يؤدي عدم توفير جميع المعلومات المطلوبة بموجب الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 وهذه التعليمات إلى رفض الطلب.

ملحوظة: لن تُقبل طلبات مراجعة المجلس إذا سُلمت يدويًا إلى مكتب المجلس. تُعد الطلبات المرسلة بالبريد أو المقدمة مباشرة إلى قسم المراجعة الإدارية غير مقدمة إلى المجلس ولن يتم النظر فيها.

جميع الأطراف الأخرى. يُقدّم أي طعن على هذا الطلب إلى المجلس في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ تقديم الطلب إلى الأطراف، كما هو محدد في قسم إثبات التبليغ في النموذج RB-89 وفقًا للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ج).

1. رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال. اكتب رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. يشمل رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال رقم الحالة لمطالبة تعويض العمال والتمييز وإعانات الإعاقة والتمييز في الإجازة العائلية مدفوعة الأجر ومخصصات رجال الإطفاء المتطوعين وعمال الإسعاف المتطوعين.
2. رقم (أرقام) الحالة لدى شركة التأمين اكتب رقم (أرقام) حالة لدى شركة التأمين للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
3. رمز شركة التأمين اكتب رمز شركة التأمين للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
4. اسم شركة التأمين اكتب رمز شركة التأمين للمطالبة قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
5. تاريخ الإصابة/ الإجازة اكتب التاريخ الأصلي الذي حدثت فيه الإصابة أو تاريخ بدء الإجازة العائلية مدفوعة الأجر (إذا لم يتم الحصول على إجازة عائلية مدفوعة، فاكتب تاريخ الشكوى ضد التمييز).
6. اسم المُطالب اكتب اسم الموظف بالكامل.
7. عنوان المُطالب اكتب عنوان الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي للموظف والعنوان البريدي إذا كان مختلفًا.
8. الطرف المستأنف اذكر الطرف الذي قدم هذا الطلب لمراجعة المجلس.
9. نوع الطلب. وضح ما إذا كان الطلب يتضمن إما (1) طلب مراجعة قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال، أو (2) إعادة النظر أو إعادة فتح المطالبة.
10. تاريخ القرار اكتب تاريخ القرار المستأنف.
11. حدد القضية (القضايا) المطلوب نظرها. اذكر القضية (القضايا) المطلوب نظرها.

12. أساس الاستئناف. قدم بيانًا موجزًا للأسس الخاصة التي يستند إليها الاستئناف، بما في ذلك النتائج المحددة للوقائع المطعون فيها و/ أو الأخطاء القانونية المزعومة. تُعد المزايم العامة، التي لا تلتفت انتباه المجلس على وجه التحديد إلى القضايا التي سيتم البت فيها، غير كافية. كما هو منصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1)(أولاً)، يحق للمستأنف إرفاق مذكرة قانونية لا تزيد عن ثماني (8) صفحات، حجم الخط 12، بوصة واحدة للهوامش، 8.5 بوصات في الأعلى، و11 بوصة في أسفل الصفحة. لن تُنظر أي مذكرة تتجاوز ثماني (8) صفحات، ما لم يوضح المستأنف كتابيًا سبب عدم تمكنه من تقديم أساس الاستئناف في ثماني (8) صفحات فقط. لن تُنظر أي مذكرة تتجاوز خمس عشرة (15) صفحة تحت أي ظرف من الظروف.

13. **تواريخ جلسات الاستماع ومحاضر الجلسات والوثائق والمستندات والأدلة الأخرى.** اذكر تاريخ (تواريخ) جلسة الاستماع التي رُفعت فيها القضية (القضايا) أمام القاضي المختص بقانون تعويض العمال وأي تواريخ جلسة استماع أخرى ذات صلة. اذكر، بالتاريخ و/ أو برقم (أرقام) معرف المستندات، محاضر الجلسات والوثائق والتقارير والمستندات والأدلة الأخرى في ملف المجلس ذات الصلة بالقضايا وأسباب رفعها لمراجعتها. إذا كانت المحاضر غير مفرّغة، فاذا كان ذلك لا تدرج ولا ترفق بطلب مراجعة المجلس أي مستندات موجودة في ملف المجلس عند تقديم الطلب. يحق للمجلس رفض طلب مراجعة المجلس المقدم من المستأنف أو ممثله القانوني للمستأنف الذي أرفق المستندات الموجودة بالفعل في ملف المجلس عند تقديم الطلب، وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1) (ثانياً) لا ترفق ولا ترسل محاضر جلسات استماع صوتية مسجلة، لأن المجلس لن يلتفت إليها.

14. **الأدلة الجديدة والإضافية** إذا طلب المستأنف تقديم دليل جديد أو إضافي، لم يقدّم من قبل للقاضي المختص بقانون تعويض العمال، في طلب مراجعة المجلس، فيجب على المستأنف، (1) أن يذكر في الطلب ما إذا كان هذا الدليل مرفقاً بالطلب أو موجوداً في ملف المجلس وأن يحدد رقم معرف المستند ذي الصلة، و(2) تقديم إفادة مشفوعة بيمين أو تأكيد يوضح الدليل، وشرح سبب عدم إمكانية تقديم هذه الأدلة من قبل أمام القاضي المختص بقانون تعويض العمال. يجوز للمجلس أن يمارس أو لا يمارس سلطته التقديرية بشأن قبول مثل هذه الأدلة. إذا لم تُقدّم الإفادة أو التأكيد المشفوع بيمين مع الطلب، فلن تنظر هيئة المجلس في هذه الأدلة الجديدة أو الإضافية [انظر الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1) (ثالثاً)].

15. **الاعتراض أو الاستثناء** اذكر الاعتراض أو الاستثناء المقدم ضد الحكم، وتاريخ تقديم هذا الاعتراض أو الاستثناء وفقاً لما يقتضيه الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (ثانياً) إذا قُدّم الاعتراض أو الاستثناء في جلسة استماع، فيجب ذكر تاريخ الجلسة التي قُدّم فيها الاعتراض أو الاستثناء. إذا قُدّم الاعتراض أو الاستثناء في دعوى غير مدرجة بجدول الدعاوى، فاذا كان تاريخ هذه الدعوى غير المدرجة بجدول الدعاوى [الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(4) (خامساً) (أ) و(ب) و(ج)].

16. **مدفوعات التعويض.** إذا قدمت شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن ذاتياً الطلب، فوضح ما إذا كانت مخصصات التعويض يجري تسديدها أثناء تعليق الطلب. إذا كانت الإجابة "لا"، فاذا كان تاريخ تعليق المدفوعات وفقاً للمادة 23 من قانون تعويض العمال. إذا كانت الإجابة بنعم، فاذا كان السعر الذي تُدفع به مخصصات التعويض المستمر. إذا كانت مخصصات التعويض المستمر تُدفع بسعر أقل من السعر الممنوح، فاذا كان تاريخ تخفيض المدفوعات. إذا تم تعليق المدفوعات، فاذا كان التعليق الذي تشكل عند الاستئناف الأساس القانوني لتعليق المدفوعات. لا ينطبق هذا البند/القسم على مطالبات التمييز.

17. **التوثيق** يوقع المحرر على النموذج ويؤرخه (مع بيان الاسم والمسمى الوظيفي ورقم الهاتف والعنوان) مقراً بحسن نية الطلب في القانون والواقع، وأنه تأسس على أسباب معقولة وأبلغت به الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم بقسم إثبات التبليغ.

18. **إثبات التبليغ** تُقدم نسخة من هذا الطلب إلى جميع الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً). يُعد عدم إخطار أي طرف واجب إبلاغه تبليغاً ناقصاً ويجوز لمجلس تعويض العمال رفض الطلب. إذا قُدّم طلب مراجعة المجلس عن طريق شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن ذاتياً أو دافع آخر أو دافع محتمل، فيكون التبليغ من مسؤولية المطالب وممثله القانوني والأطراف الأخرى المعنية والواجب إبلاغهم. يُعد التبليغ قد تم في حينه إذا أرسله المستأنف في غضون ثلاثين (30) يوماً من تقديم المجلس للقرار. يجب إكمال التأكيد أو الإفادة الخطية شريطة أن تتضمن وسيلة تقديم الطلب إلى المجلس وتاريخه. يستخدم المستأنف وسيلة واحدة فقط لتقديم الطلب إلى المجلس. إذا كررت ملفات المستأنف الطلبات ذاتها، فقد يُنظر إلى هذه الملفات المكررة على أنها تُبدي أو تستمر في إبداء قضية دون أسباب معقولة، وقد يخضع المستأنف بموجبها للتقييمات عملاً بالمادة 114-3 من قانون تعويض العمال. يجب أن يحدد التأكيد أو الإفادة الخطية المكتملة الأوراق المقدمة أسماء الأطراف المعنية المبلّغة وتاريخ ووسيلة التبليغ لكل طرف معني، وأن هذا التبليغ قد تم في غضون 30 يوماً من تقديم القرار موضوع الطلب. من غير المقبول إكمال جزء الإفادة الخطية أو التأكيد بحيث يشير إلى المبلّغين ووسيلة التبليغ بعبارة "انظر المرفق". إذا تم إبلاغ أي طرف عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني أو أي وسيلة إلكترونية أخرى، فيجب أن يحتوي التأكيد أو الإفادة الخطية على شهادة تفيد بأن الطرف المبلّغ قد قدم إنذاراً صريحاً بالتبليغ بهذه الوسائل [انظر الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً) (ج)]. لا يلزم إبلاغ جميع الأطراف بالطلب بنفس الوسيلة. يجب أن يكون التأكيد مؤرخاً وموقعاً ويخضع لعقوبات الحنث باليمين. لا يحق إكمال التأكيد إلا من قبل وكيل فقط. تصدر الإفادة الخطية مشفوعة بيمين (وموقعة) أمام الكاتب العدل.

| | | | | |
|--|--|---------------------|---------------------|---------------------------|
| 1. رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال | 2. رقم (أرقام) الحالة لدى شركة التأمين | 3. رمز شركة التأمين | 4. اسم شركة التأمين | 5. تاريخ الإصابة/ الإجازة |
| 6. اسم المُطالب | | 7. عنوان المُطالب | | |
| 8. تم تقديم هذا الطلب بالنيابة عن: | | | | |
| 9. نوع الطلب (ضع علامة أمام واحد فقط): <input type="checkbox"/> مراجعة قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال <input type="checkbox"/> إعادة النظر أو إعادة فتح المطالبة | | | | |
| 10. تاريخ القرار (شهر/يوم/سنة): | | | | |
| 11. اذكر القضية (القضايا) المطلوب نظرها: | | | | |
| 12. أساس الاستئناف. يستند طلب المراجعة هذا إلى الأسس التالية (إذا أرفقت مذكرة قانونية فيشترط ألا تتجاوز 8 صفحات، انظر التعليمات للمزيد من التفاصيل): | | | | |
| 13. تواريخ جلسات الاستماع ومحاضر الجلسات والوثائق والمستندات والأدلة الأخرى (انظر التعليمات للمزيد من التفاصيل): | | | | |
| 14. أدلة جديدة وإضافية بموجب الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب) (1) (ثالثًا) (انظر التعليمات للمزيد من التفاصيل): | | | | |
| 15. الاعتراض أو الاستثناء اذكر كلاً من الاعتراض أو الاستثناء المقدم ضد الحكم، وتاريخ تقديمهم وفقاً لما يقتضيه الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب) (2) (ثانياً) | | | | |
| 16. هل يتم دفع تعويضات أثناء النظر في الطلب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة لا، فاذكر تاريخ التعليق (شهر/يوم/سنة): إذا كانت الإجابة بنعم، فبأي سعر؟ إذا كانت الإجابة لا، فاذكر تاريخ التعليق (شهر/يوم/سنة): اذكر القضية التي تشكل عند الاستئناف الأساس القانوني لتعليق المدفوعات: | | | | |

17. التوثيق: بالتوقيع على هذا المستند في المساحة المخصصة أدناه، أقر أن هذا الطلب له أساس حسن النية في القانون والواقع، وقد قُدم على أسس معقولة، وأعلن به جميع الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم باستخدام وسيلة التبليغ، ويشمل ذلك العنوان الفعلي أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الفاكس حيث أن التبليغ مدرج في التأكيد أو الإفادة بالتبليغ أدناه. أدرك أن قانون تعويض العمال يفرض عقوبات رادعة للشروع في الدعوى أو الاستمرار بها دون تأسيسها على أسباب معقولة و/ أو لغرض التأخير. أدرك أنه في حالة سحب هذا الطلب لأي سبب كان أو إذا تم حل أي من القضايا المرفوعة من الأطراف، يتعين عليّ إبلاغ مجلس تعويض العمال على الفور والأطراف المعنية كتابياً.

توقيع المحرر _____ تاريخ الإعداد (شهر/ يوم/ سنة): _____
الاسم بخط واضح: _____ المسمى الوظيفي: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

إثبات التبليغ

التأكيد

ولاية نيويورك، مقاطعة _____، أنا، _____، وكيل معترف به حسب الأصول لممارسة مهنة المحاماة في محاكم ولاية نيويورك. أؤكد بموجب ذلك وبموجب وقوعي تحت عقوبة الحنث باليمين أنني قد امتثلت لمتطلبات التقديم والتبليغ على النحو المنصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً) و(3) في طلب مراجعة المجلس هذا بالوسيلة الموضحة أدناه.

أ. قدمت طلب مراجعة المجلس إلى المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) _____ عن طريق (اختر وسيلة واحدة):

الإرسال بالبريد إلى: Box 5205, Binghamton, NY 13902

الفاكس 1-877-533-0337

البريد الإلكتروني على wbcclaimsfilig@wcb.ny.gov

رابط موقع ويب مجلس العمال (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

المطالبة بتعويض العمال ضد التمييز: الإرسال بالبريد على: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204

إعانات الإعاقة: الإرسال بالبريد إلى مكتب إعانات الإعاقة (Disability Benefits Bureau), PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

ب. قدمت طلب مراجعة المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) _____ إلى (أرفق أوراقاً إضافية عند الحاجة):

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

أقر بأن أي طرف مُبلغ عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني أو أي وسيلة إلكترونية أخرى قد قدم إنذاراً صريحاً للتبليغ بهذه الوسيلة.

أقر بأن الإبلاغ بهذا الطلب المقدم لمراجعة المجلس، كما هو موضح أعلاه، قد تم في غضون ثلاثين يوماً من تقديم القرار موضوع هذا الطلب.

التاريخ (شهر/يوم/سنة): _____ التوقيع: _____

الاسم بخط واضح: _____

إفادة

ولاية نيويورك، مقاطعة _____، أقر أنا _____، بموجب حلف اليمين بما يلي: إنني لست طرفاً معنياً بالمطالبة (المطالبات) المدرجة في طلب مراجعة المجلس ويزيد عمري 18 عاماً. أقر بموجب ذلك أنني امتثلت لمتطلبات التقديم والتبليغ على النحو المنصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب) (2) (رابعاً) و(3) في طلب مراجعة المجلس هذا بالوسيلة الموضحة أدناه.

أ. قدمت طلب مراجعة المجلس إلى المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) _____ عن طريق (اختر وسيلة واحدة):

الإرسال بالبريد إلى: Box 5205, Binghamton, NY 13902

الفاكس 1-877-533-0337

البريد الإلكتروني على wbcclaimsfilig@wcb.ny.gov

رابط موقع ويب مجلس تعويض العمال (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

مطالبة تعويض العمال ضد التمييز: الإرسال بالبريد على: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204

إعانات الإعاقة: الإرسال بالبريد إلى مكتب إعانات الإعاقة (Disability Benefits Bureau), PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

ب. قدمت طلب مراجعة المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) _____ إلى (أرفق أوراقاً إضافية عند الحاجة):

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

أقر بأن أي طرف مُبلغ عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني أو أي وسيلة إلكترونية أخرى قد قدم إنذاراً صريحاً للتبليغ بهذه الوسيلة.

أقر بأن الإبلاغ بهذا الطلب المقدم للمجلس، كما هو موضح أعلاه، قد تم في غضون ثلاثين يوماً من تقديم القرار موضوع هذا الطلب.

حلف اليمين أمامي في هذا اليوم _____ من شهر _____ التوقيع: _____

الاسم بخط واضح: _____

الكتائب العدل